

EL GASTO SANITARIO: COSTES PRIVADOS, AHORROS PÚBLICOS

Reyes Calderón

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad de Navarra

La participación en este seminario sobre conciliación de la vida laboral y familiar la hago desde mi doble condición de profesora de economía, por un lado, y madre de nueve hijos por otro. El objetivo de mi intervención es compartir con ustedes algunas reflexiones sobre la familia y los costes económicos de la misma. Dicho esto, no puedo empezar sin pedir disculpas, porque hablar de las familias en términos de coste requiere pedir disculpas. Yo me imagino que, si me fuera a comprar un Ferrari, por ejemplo, jamás se me ocurriría preguntar cuánto consume o qué tipo de combustible utiliza. El que tiene el lujo de tener un Ferrari no pregunta eso. Yo tengo la sensación de que la familia es un Ferrari y el término de consumo o de costes se le aplica de una manera muy deficiente. Pero la formación profesional de uno se tiene que manejar en términos de costes. Teóricamente minimizar costes es lo mismo que maximizar beneficios, pero esta teoría solo se da en las matemáticas. En la vida no tiene nada que ver. Deberíamos ir por el mundo maximizando beneficios pero lo que solemos hacer es minimizar costes. Yo me voy a referir a los costes y por eso pido disculpas. Voy a hablar de cuánto consumen los Ferraris.

Antes de comenzar es conveniente hacer una pequeña precisión. El seminario versa sobre la conciliación entre la vida familiar y laboral, y no me voy a referir a la vida laboral sino, más bien, a la vida profesional. Para mí el concepto de labor frente al concepto de trabajo o de profesión va más unido con una división natural de trabajo. Hoy por hoy, las mujeres somos las que damos a luz y los hombres —de momento— no lo hacen. Vaya usted a saber que ocurrirá mañana,

pero ésta es una división que hace la naturaleza del trabajo, que asigna un determinado rol y por tanto unos determinados costes. Mientras que la profesión o el trabajo, que es donde estamos nosotros, es donde nos expresamos, donde realizamos nuestra naturaleza y nos realizamos nosotros mismo como personas. Esta es una división artificial y está basada en pautas bien distintas. Una pauta, primero, que es la pauta socioeconómica: hay alguien que diseña el proceso productivo, los trabajadores nos insertamos en el proceso productivo diseñado por alguien. Durante una temporada se llevaron las cadenas de producción y se siguen llevando en algunos sitios. En la universidad a veces somos profesores de una facultad y otras veces somos tan interdisciplinarios que vamos con el coche dando clases por las distintas facultades. Quiero decir que, no depende tanto de nosotros como de un entorno socioeconómico por un lado y por otro lado también depende de los aspectos culturales.

Ayer o antes de ayer fui a la función de final de curso de uno de mis hijos y contaron un chiste que me gustó mucho. «¿Cómo se escribe ayer?, ¿con h? No, ayer se escribe sin h. Y, hoy; ¿cómo se escribe? Con h», y dice el que pregunta, «¿Cómo pueden cambiar las cosas en tan poco tiempo!». El término de conciliación es, más o menos, como la «h» de ayer a hoy; como dice un colega mío, «concilia que algo queda». Efectivamente, estamos en un entorno cultural que también afecta a ese desarrollo profesional de la vida laboral. Porque tenemos más que decir, y estamos en una cultura –por lo menos en el terreno de los economistas– que tiene dos caras completamente distintas, como el bien y el mal. Una cara es la que estudiamos, los costes de la conciliación, y la otra cara es la que me cuenta una antigua estudiante nuestra, que estuvo ayer visitándonos. Me decía que se había comprado una bolsa de deporte, trabaja en Londres en la central de un gran banco. Yo le pregunté por qué se había comprado una bolsa de deporte, si en la vida no había hecho nada de deporte. Me contestó que ahora la cultura es que todo el mundo tiene que hacer deporte. No se tiene nada más que el trabajo y el deporte, por eso es posible ir al gimnasio y hacer otras cosas. La cultura es una cultura de conciliación desde los po-

deres públicos, pero la sociedad tiene, en muchas otras ocasiones, otra cultura, por lo menos en términos empresariales. Digo todo esto que no tiene nada que ver con lo que voy a hablar, porque a lo mejor nos permite situarnos en el terreno de los economistas.

Tengo que reconocer que yo tengo un solo discurso y, además, es muy básico y muy corto y me da lo mismo hablar de gastos sanitarios que de educación. Yo siempre digo lo mismo porque, realmente, sólo me he podido convencer de esto, y como todavía no he convencido a nadie sigo insistiendo en el mismo punto y hoy lo voy hacer a través del gasto sanitario con la idea de los costes y de los ahorros.

En mayo del año pasado se hicieron unas jornadas sobre la perspectiva de la salud. Siempre que se habla de la perspectiva de salud me acuerdo de aquel famoso eslogan de la ONCE: «salud para todos en el año 2000», como si la salud fuera algo que podamos conseguir. En realidad, sería la sanidad de la que estamos hablando. Entre los expertos estaba un profesor de Cataluña, de la Universidad Pompeu Fabra, que facilitó unos apuntes sobre nuestro sistema sanitario —se refería al español—, y decía tres cosas: primero, que España gasta poco dinero en sanidad; segundo, que España gasta mal en sanidad debido a una inadecuación entre gasto hospitalario y el gasto de atención primaria y, por otro, entre el gasto público y el gasto privado. E insistía como tercer punto en que esa inadecuación entre el gasto público y el privado se evidencia en que entre el 30 y 35% de la población tiene un seguro privado y acude a la sanidad privada, mientras que el resto acude a la sanidad pública. Esto supone una mancha en el expediente español en términos de falta de equidad.

Aquella charla dio lugar a estudios posteriores en los que yo me voy a basar para volver a reiterar lo mismo, la familia como agente generador de ahorro en los gastos sanitarios. Concretamente me baso en los escritos de un catedrático que se llama Guillem López i Casanovas, de la Universidad Pompeu Fabra. Este autor, junto con el equipo de economía de la salud, expone en varios trabajos si verdaderamente gastamos mal o gastamos bien y cuánto deberíamos de gastar en porcentaje de PIB, entre otras cosas.

Yo voy a centrarme en las conclusiones de estos trabajos para explicar lo que a mí me interesa. La hipótesis que voy a sostener es que las medidas a adoptar para conciliar la vida laboral y familiar —mas allá de las aplicadas a las relaciones laborales que siendo necesarias, son insuficientes— pasan porque los gobernantes sean capaces de comprender que lo que entienden por subvenciones —que es la palabra clave— no son sino devolución de ahorros de costes proporcionados por las familias y especialmente por las mujeres en las familias. No podremos nunca conciliar hasta que incluyamos en nuestra cultura la idea de que las familias no tienen que ser subvencionadas en ningún concepto, sino que el Estado lo que tiene que ser es justo, es decir, distinguir la subvención del ahorro de costes. Al igual que en la renta nos devuelven lo que no debían habernos cobrado, el Estado debería devolvernos a las familias el ahorro de costes que suponemos para él. Y mientras no se entienda que las políticas públicas deben de ir encaminadas a devolver a las familias parte de ese ahorro, toda conciliación —desde mi perspectiva—, será parcial.

Voy a desarrollar ese argumento desde el punto de vista del gasto sanitario, si bien se puede aplicar desde otras muchas perspectivas. Voy a seguir varios puntos, que se basan en lo que decían las conclusiones del catedrático citado. Primero, España gasta poco en sanidad. En España, el porcentaje de gasto sanitario total sobre el producto interior bruto fue en el año 2003 del 7,5 % según los datos de la OCDE. Algunos otros datos españoles apuntan a un 7,7% pero yo me voy a basar en los de la OCDE. ¿Eso es bueno, malo o poco? ¿Comparado con quién? Miremos alrededor, en Francia en este mismo año el porcentaje era de 9,4 y en Alemania, del 10,7%. Por lo tanto, estamos por debajo. Otro dato: mientras Estados Unidos gasta 1784\$ *per capita* en gasto público sanitario, en España gastábamos 920\$. Es decir, un 48% menos. Respecto al gasto privado la diferencia es mayor: por cada 100\$ que un americano asigna a la sanidad privada, el español gasta 16\$. Pero Estado Unidos está muy lejos; miremos a Francia, que está mas cerca: Por cada 100\$ que asigna el gobierno francés a la sanidad pública por habi-

tante, España asigna 59\$; por cada 100\$ que asigna un francés a la sanidad privada, el español asigna 62\$. Es decir, nos aproximamos en sanidad privada, pero estamos bastante lejos de lo que corresponde a sanidad pública. Con datos del año 2001, en Francia había 7,5 camas hospitalarias por cada 1000 habitantes, frente a las 3,5 que hay en España. Respecto a las camas de agudos, en España hay 2,1 por cada 1000 habitantes y en Francia 3,8. Y, afortunadamente, por término medio 3,3 médicos por cama en España, mientras que en Francia había 3,37 médicos por cama.

Así, destinamos menos producto interior bruto al gasto sanitario en comparación con otros países de la OCDE y también de la Unión Europea; el gasto sanitario público *per cápita* es inferior. Si a esto añadimos que en España esta entrando un importante volumen de población inmigrante, el efecto de un menor gasto se amplía. Tenemos menos camas hospitalarias, menos médicos y el gasto sanitario privado *per cápita* también es menor. En suma estamos peor en gasto sanitario.

Vamos a ver el reparto de ese gasto y la evolución de las patologías en nuestro país. El mayor porcentaje de gasto se destina al ámbito hospitalario especializado. El año 2001, por ejemplo, se destinó el 15% del gasto sanitario a la atención primaria y solo 1,2% a la sanidad pública. Sin embargo, las patologías modernas están cambiando y lo que hay es una creciente tendencia a la cronicación de las enfermedades. Las enfermedades que aumentan son las crónicas, no las agudas. Esto significa que las estrategias de intervención van más dirigidas a prevenir y cuidar que a curar. La idea es que vamos más hacia una atención primaria más cercana a la atención preventiva y cuidadora que a lo curativo. Es decir, más atención primaria y salud pública que hospitalaria.

Segundo punto, el envejecimiento de la población. Si en 1960 las personas mayores de 65 eran el 8% de la población, en 2002 superan el 17,2%; el porcentaje se ha duplicado. De nuevo aumenta la necesidad de protección y de cuidado frente a la cura. Y empleo algunos consejos del Ministerio de Salud respecto al colectivo de nuestros mayores: «en ancianos de alto riesgo de caída, es decir, los mayores

de 65 años que consumen hipnóticos y antidepresivos (que creo que son la mayoría) o que consumen polifarmia y presentan deterioro cognoscitivo o inestabilidad, se aconseja realizar una intervención multifactorial efectiva, individual y domiciliaria si hubiera recursos disponibles que incluye: ejercicio físico personal, revisión del estado de salud y evaluación psicotrópica y del entorno. Si se hubieran caído en los últimos tres meses varias veces hay que preguntar sobre la caída previa, valorar la presencia de factores de riesgo relacionados con la caída y, además, hacer un programa individualizado de atención multifactorial y medidas de rehabilitación. Hay que revisar periódicamente los medicamentos que consume». Haría falta una persona que revisara periódicamente los medicamentos consumidos, que identificara los factores de riesgo, medición de peso y de talla, indicadores de sospecha, deben priorizarse los programas de ayuda en la pérdida de un familiar o una allegado, atención al paciente y a sus familiares, cuidado a pacientes terminales y su familia, impacto de la jubilación, cambios frecuentes en el domicilio de los ancianos. No estamos hablando de camas hospitalarias de agudos. En Navarra en 2004, el índice de cobertura de usuarios respecto a población mayor de 65 años que recibe ayuda a domicilio es del 3,56%. Navarra, que es una comunidad muy concienciada, llega a alcanzar un 3,56% de las personas que son atendidas. Si a los mayores de 65 años se les pregunta por sus motivos de insatisfacción, señalan que no reciben ayuda en cuanto están en la cama, ni reciben ni amor, ni afecto, ni hay personas que se preocupen de ellos.

Tenemos menos recursos sanitarios y los recursos sanitarios no se han adecuado a la nueva situación. En suma, el escenario está un poco complicado. Es posible pensar que la eficacia y eficiencia de nuestros profesionales sea mucho mayor que el resto de las personas de nuestro entorno y que esa eficiencia compense, de alguna manera, los menores recursos o la inadecuación de los recursos. Porque no es el gasto en sí mismo, sino la salud lograda en términos comparativos lo importante.

Los estudios a los que hacía referencia anteriormente tienen ya muchas medidas para calibrar la eficacia y la eficiencia de nuestra

forma de gastar. España es bastante eficiente, ocupa el tercer lugar tras Francia y Portugal, por ejemplo, en uno de los índices que mide la capacidad de nuestro país en transformar los recursos sanitarios en salud según los objetivos del sistema. También salimos bien parados en indicadores de eficiencia de salud o en años de vida libres de incapacidad. Si comparamos nuestro sistema con los mejores sistemas volvemos a ser los terceros, tras Italia y Francia en términos de equidad. Sin embargo, Francia e Italia nos superan en gasto. Por tanto, aunque nosotros seamos eficientes, estamos detrás de ellos, siempre estaremos muy por detrás. Tenemos un punto negro que no hay forma de corregir que es el relativo al gasto farmacéutico, que es el mayor del mundo, que también tiene su explicación en términos de conciliación.

En resumen, existe una brecha entre nuestro gasto y las prácticas de salud en relación con las mejores prácticas de nuestro entorno que no se ven compensadas con una mayor eficacia de nuestro sistema, que en términos comparativos es bastante eficiente. Según los autores necesitaríamos invertir mucho más por habitante, tanto en términos de gasto público (que es un 60%), como en términos de gasto privado, para alcanzar la cuota cercana a las mejores. Hasta aquí el panorama negro.

La evolución de la esperanza de vida ha pasado en España de 69,9 años en 1969 a 78,7 años en el 2000. Es decir, hemos gastado mucho menos pero nuestra esperanza de vida está a los niveles de los mejores países. La mortalidad infantil y perinatal ha caído drásticamente, nos situamos en los niveles de los mejores países. En 2001, el 75,5% de los varones y el 69,8% de las mujeres tenían una valoración positiva de su estado de salud y el 90,5% de los padres señala que la salud de sus hijos en el último año es positiva. Dos de cada tres españoles consideran además que el sistema sanitario en general, aunque necesita cambios, funciona bien y mi pregunta es: ¿cómo es esto posible?, ¿cómo es que gastando menos que el resto tenemos lo mismo que el resto y a demás estamos contentos? Miguel de Cervantes, por algo simboliza a España, señalaba que todos somos Quijotes. A lo mejor es así. Yo voy a dar otra explicación. Yo creo que nuestro país tiene

esta situación porque el cuidado de los enfermos, de los ancianos y de los niños, que en un Estado de Bienestar sería responsabilidad del Estado, se lleva a cabo en el seno familiar.

España es uno de los países europeos con menos servicios para personas mayores de 65 años o para madres con hijos pequeños, que son personas dependientes. Sin embargo, esas personas dependientes están muy bien porque se encarga de ellas la familia y se encarga la familia con fondos propios, cuando en un Estado de Bienestar estos cuidados tendrían que ser financiados con fondos públicos. Por tanto, lo que están haciendo las familias en general es ahorrar costes al Estado. Las familias españolas ahorran al estado miles de euros porque sostienen el bienestar general de sus familias con sus propios recursos, fundamentalmente con el altísimo coste para la mujer, sin que reciban deducciones –que no son subvenciones– casi de ningún tipo.

La ley 39/99 establece condiciones flexibles, por ejemplo, para la atención de población dependiente. Pero conciliar la vida laboral o familiar no es dar una excedencia a la mujer para que pueda reducir su jornada y pueda cuidar a un enfermo terminal o crónico. Nuestra conciliación pasa, desde mi perspectiva, por cambiar el «chip». Lo primero que tenemos que hacer es que el estado concilie con la familia y que la cultura concilie con los términos adecuados. Es importante que las políticas de empleo y los procesos de negociación colectiva sean sensibles a estos aspectos y, puesto que la mujer es la que mayoritariamente se encarga de ellos, se debe dar atención a las desigualdades de género en el mercado laboral. Las acciones en el ámbito de la empresa no son suficientes. Yo creo que ésta es una cuestión del Estado. Tenemos que conciliar con el Estado y para conciliar con el Estado no se puede ir a pedir una subvención. Yo me negaré siempre a pedir una subvención para las familias, lo único que pido es justicia y equidad; y por lo tanto, que se me transfiera a mi cesta el ahorro proporcional de costes que yo realizo en el estado.

Y termino, como diría un antiguo político, llevando un poco la contraria al profesor Sison al que le tengo un gran aprecio y admi-

ración profesional. El capital social del que nos hablaba; el capital que nos relaciona como personas no relacionadas de otra manera, son relaciones verticales de asociacionismo. Pero hay otras relaciones asociacionistas que son horizontales, y que están absolutamente despreciadas. La sociedad está constantemente señalándonos la relación vertical, es decir, el capital social; la confianza que la sociedad necesita, sobre todo la confianza que el mercado necesita, es una confianza vertical. La confianza vertical no se sostiene más que en horizontal. Intenten ustedes sostener algo. Pongan ustedes abajo una confianza horizontal y sostengan la vertical; así es como se sostiene. Es totalmente cierto lo que el profesor Sisón ha dicho sobre el capital social: la confianza en términos de probabilidad. «Creo que sé lo que vas a ser», desde luego fomenta el mundo de los negocios. Los negocios necesitan seguridad, y no precisamente una seguridad jurídica. Que no haya que acudir al juez que es muy caro y muy lento. Esa seguridad y ese capital social, tienen que basarse en un capital familiar que por supuesto es el capital moral, del que hablaba el profesor Sisón, pero que deberíamos colocar en sus justos términos. Creo que en el momento que lo coloquemos en sus justos términos económicos, dejaremos de hablar de costes y podremos hablar entonces de los beneficios de la familia.